Rok XXX. Kraków, 31 Października 1891. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O wrzekomych glejakach siatkówki.

Napisał
Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

(Dok. Patrz Nr. 43.)

Przejdziemy obecnie do zmian w tylnej części ciała rzęskowego, właściwie nawet w tylnéj części obrączki rzęskowéj, przeważnie nadto w skroniowéj połowie gałki, od któréj téż zaczniemy. Dodam, że najbardziej wybitne zmiany znalazłem w obrębie 5 mm. w kierunku mniej lub więcéj południka poziomego gałki. Otóż już w tylnéj części mięśnia rzęskowego, w tkance wyrostków rzęskowych spostrzegłem nacieczenie drobnokomórkowe. Początkowo daje się ono spostrzegać w warstwie wewnętrznéj, lecz prędko bardzo spostrzegamy je nietylko w całéj grubości wyrostka, lecz nawet w błonie nadnaczyniówkowéj (*lam. fusca et suprachorioidea*). Naczynia krwionośne błony naczyniówkowéj bardzo są zgrubiałe tak, iż na cięciach południkowych widzimy kilka bardzo grubych naczyń obok siebie położonych. Naczynia te przypominają najzupełniej zespolenia naczyń żylnych w tylnej części ciała rzęskowego, znane u zwierząt pod nazwą pierścienia żylnego Howiusza (*Circulus venosus Hovii*), a którego u człowieka, jak wiadomo, nie ma. O rozszerzeniu żył przy zapaleniu ciała rzęskowego, w postaci zatok wspomina Berger (*Beiträge zur Anatomie des Auges. Wiesbaden.* 1887 p. 70), wynaczynień jednakże w obrączce w przypadku niniejszym nigdy nie widziałem. W obrębie 5 mm. powierzchni tylna część obrączki rzęskowéj w kierunku południka poziomego dosięga téj saméj grubości, na którą, prócz przekrwienia, składają się również nadzwyczaj obfity naciek drobnokomórkowy i wrzecionowate bezbarwne komórki tkanki łącznéj; przeciwnie barwikowych komórek w miejscu tem wcale prawie nie znajdujemy. Od rozszerzonych naczyń obrączki powstają gałęzie o cechach zarówno tętniczych jak żylnych, które wraz z otaczającemi je komórkami udają się ku wewnątrz i bądź przedziurawiając wprost warstwę barwika jagodówkowego i warstwę części rzęskowéj siatkówki, wchodzą do ciała szklanego, bądź też na pewnéj, niekiedy dość znacznéj nawet przestrzeni, odrywają od właściwéj tkanki obrączki rzęskowéj warstwę barwikową. Oderwanie to nie ogranicza się li tylko do miejsca przez naczynia zajętego — przeciwnie naczynie często otacza w tych miejscach gruba pochewka, wyglądająca zupełnie jednolito, nie posiadająca żadnych zgoła pierwocin, zupełnie podobna do masy, która przestrzeń pomiędzy naczyniówką a oderwaną siatkówką wypełnia — oczywiście stwardniały wysięk surowiczy. W innych znów miejscach na dość znacznéj przestrzeni warstwa jagodówkowa jest oderwaną od obrączki, lecz w miejscu oderwania zgoła nie znajdujemy naczyń, tylko wysięk surowiczy. W bardzo wielu miejscach znajdujemy znów oderwanie części rzęskowéj siatkówki od listka jagodówki, które również może być wywołane przez to, że naczynia, przedziurawiwszy jagodówkę, na pewnéj przestrzeni przechodzą pomiędzy nią a częścią rzęskową siatkówki, pospoliciéj jednakże w oderwanych miejscach znajdujemy pomiędzy błonami li tylko wysięk surowiczy.

W tylnéj części obrączki rzęskowéj znalazłem nadzwyczajne zmiany w warstwie jagodówkowéj i części rzęskowéj siatkówki. Obie warstwy były bardzo zgrubiałe w obrębie utworu, o którym wyżéj wspomniałem, jagodówka tworzyła na cięciu jakby trójkąt, przeszło 2 mm. obszaru na cięciu mający, ostrym kątem skierowany ku tyłowi, wierzchołek zaś kąta znajdował się nawet cokolwiek ku tyłowi od rąbka zębatego siatkówki. Trójkąt ten był utworzony z rozrosłych komórek barwikowych, dość gęsto obok siebie położonych, kształt zaś miały one najrozmaitszy — od sześciennego, a nawet płaskiego, do wrzecionowatego, nawet gwiaździstego. Często też widzieć można było kosmki z komorek barwikowych złożone, które przy sprawach zapalnych w ciele rzęskowem są tak bardzo pospolite, kosmki te jednak nigdy nie miały znacznéj długości i w miarę, jak się od

rąbka oddalały, komórki znacznie mniéj zawierały barwika. Komórki części rzęskowéj również bardzo znaczne przedstawiały zmiany — najpierw stawały się znacznie dłuższemi, a zmiany te były widoczne już w miejscach, w których nacieczenie obrączki rzęskowéj stawało się ledwie widocznem. Dalej tworzyły one również kosmki, lecz znacznie grubsze i nadto krótsze od kosmków barwikowych; w wielu też razach kosmki barwikowe w dalszym ciągu przechodziły w utwory walcowate, składające się z komórek niezabarwionych, bądź sześciennych, bądź też walcowatych, osie zaś ich kierunek miały prostopadły względem osi kosmka. Jakkolwiek rzadko, jednakże znajdowałem w kosmkach naczynia krwionośne.

Takie zmiany spostrzegłem w obrączce rzęskowéj w skroniowéj połowie oka. Rozrost komórki błony jagodówkowéj był nadzwyczaj znaczny w całéj wogóle połowie skroniowéj, przeważnie obok samego rąbka, do którego to miejsca podchodziły odrazu faldy oderwanéj zgrubiałej siatkówki. Inaczéj rzecz się miała w nosowéj połowie gałki. W tylnéj części obrączki rzęskowéj, nie dochodząc mniéj lub więcéj o 1·5 mm. od rąbka siatkówki, w tkance obrączki dawało się spostrzegać nacieczenie drobnokomórkowe, naczynia krwionośne również były rozszerzone o tyle znacznie, że grubsze żyły tworzyły na cięciach jakby splot Howiusza, natomiast rozrost pierwocin ciałka jagodówkowego i części rzęskowéj siatkówki występował względnie bardzo słabo. Obok samego rąbka siatkówki od obrączki pochodził w postaci złożonego prawie wachlarza (na cięciach) rozrost komórek listka jagodówkowego, szerokość jego była jednakże nieznaczną, długość również; pomiędzy listkami jego znajdowały się nieliczne a cienkie naczynia krwionośne, które pochodziły do naczyń obrączki. Na odległości tylko 2 mm. wachlarz ów przechodził w bardzo cienką niezabarwioną błonę, która wkrótce bezpośrednio łączyła się z siatkówką. Błona owa składała się w części z naczyń, przeważnie jednak z komórek, które prawdopodobnie pochodziły od komórek części rzęskowéj siatkówki.

Tak więc różnice, które zachodziły pomiędzy nosową a skroniową połową gałki, w każdym razie bardzo były znaczne. Siatkówka była zupełnie oderwaną. Sznurek, który łączył ją z nerwem wzrokowym, obok śródgałkowego końca tegoż bardzo był cienki, daléj, w kierunku ku tylnéj powierzchni soczewki, cokolwiek szerszym się stawał. Oderwanie siatkówki było lejkowatem, nadto była ona jakby ściągniętą ku skroniowéj połowie. Tu mianowicie nadzwyczaj rozłosłe komórki jagodówki bezpośrednio łączyły się ze zgrubiałą siatkówką. Pierwociny prawidłowe części rzęskowéj siatkówki spostrzegaliśmy tylko w obrębie części zmarszczonéj ciała rzęskowego; już w przedniéj części obrączki widoczny był rozrost tych komórek, w tylnéj zaś części jego rozrost był o wiele znaczniejszy, lecz jednocześnie rozrost błony jagodówkowéj tworzył opisany wyżéj trójkąt, którego ku tyłowi zwrócony wierzchołek zajmował miejsce jakby rąbka zębatego, chociaż był jeszcze daléj nieco ku tyłowi posunięty i następnie przechodził bezpośrednio w bardzo zgrubiałą siatkówkę. Tak więc po stronie skroniowéj część rzęskową siatkówki widzieliśmy tylko w przedniéj połowie obrączki rzęskowéj, przeciwnie w połowie nosowéj rozrost pierwocin jagodówki w miejscu odpowiednim rąbkowi siatkówki był stosunkowo bardzo nieznaczny, rozrosłe zaś komórki przechodziły w cienką niezabarwioną błonę w kierunku południka poziomego gałki 4 mm. długości mającą, która tylko o 2 mm. ku wewnątrz od tylnego bieguna soczewki łączyła się z przesuniętą ku skroniowéj połowie oka zgrubiałą siatkówką. Wspomniałem już powyżéj, że w obrębie błony sitowatéj spostrzegłem nacieczenie drobnokomórkowe. Sznurek siatkówki składał się z dość cienkich w fałdy ułożonych błon, w których ani śladu budowy siatkówki dostrzedz nie mogłem. Były tu li tylko naczynia większych wymiarów — zgrubiałe jak zresztą również naczynia środkowe (*vasa centralia*), natomiast naczyń włosowatych bardzo było mało. Prócz tego były tu włókniste utwory i drobne okrągłe jądra otoczone pierwoszczem w nader małéj ilości, co do których niepodobna było orzec, do jakiéj warstwy siatkówkowéj należeć miały. Przeciwnie w fałdach siatkówki położonych już bliżéj *fossa patellaris* siatkówka była znacznie nawet zgrubiałą, w nielicznych miejscach, w których na cięciach udało się otrzymać prawidłowy przekrój jéj poprzeczny, widocznem było uwarstwienie jéj. Warstwa pręcików i czopków zupełnie była zniszczoną, zewnętrzna błona graniczna znacznie zgrubiałą, wyraźnie były zaznaczone błona graniczna zewnętrzna, warstwy ziarn zewnętrzna i wewnętrzna z cienką warstwą międzyziarnową i warstwa drobinowa; komórki zwojowe i włókna nerwowe zupełnemu uległy zanikowi, natomiast obie te warstwy zaznaczyły bardzo rozrosłe jądra włókien podporowych siatkówki. Przeciwnie podścielisko włókniste siatkówki szczególnie się uwydatniało tak, iż na cięciach prążkowatość w kierunku przekroju poprzecznego występowała bardzo wyraźnie, w obrębie zaś warstwy drobinowéj znalazłem siateczkę o bardzo wązkich pętlach, dość liczne jądra zawierającą [1]). Naczynia krwionośne były bardzo liczne, znacznie zgrubiałe — grube naczynia znajdowałem bezpośrednio nawet pod warstwą ziarn wewnętrznych. Ułożona w fałdy siatkówka tworzyła masę tak dalece jednolitą, że pomiędzy naczyniami krwionośnemi dwóch wzajemnie do siebie zbliżonych powierzchni wewnętrznych widoczne były zespolenia. Jeszcze jedna błona siatkówki w wielu miejscach przynajmniéj nie była przechowaną — błona graniczna wewnętrzna, a to wskutek tego, że naczynia siatkówki łączyły się bezpośrednio z naczyniami nowopowstałemi w ciele szklanem, do zmian którego teraz przejdziemy.

Objętość ciała szklanego była bardzo nieznaczną. W obrębie obwódki Zinniusza zmian stanowczo żadnych nie było, gdyż sprawa zapalna mieściła się dopiero w tylnéj części obrączki rzęskowéj. Ciało szklane tworzyło tylko cienki płat, położony przeważnie *w fossa patellaris,* chociaż na cięciach często znajdowałem długie a bardzo cienkie wyrostki tegoż położone w obrębie samego sznura, pomiędzy fałdami siatkówki. Niekiedy wyrostki te dochodziły do saméj tarczy nerwu wzrokowego, lecz w obrębie sznurka stanowczo żadnych zmian w ciele szklanem nie znalazłem. Przeciwnie w przedniej części jego zmiany bardzo były znaczne. Płat środkowy zawierał nieliczne pierwociny, wyłącznie prawie tylko komórki okrągłe. Najbardziej obfitowały w pierwociny zewnętrzny i wewnętrzny płaty i jeszcze bardziéj części obwodowe. Wspomniałem już wyżéj, że w obrębie obrączki znajdował się bardzo znaczny rozrost komórek części rzęskowéj siatkówki w postaci długich wyrostków, które uprzednio uważano za naczynia krwionośne, te więc powstawać miały z pierwocin zarodkowéj warstwy zewnętrznéj.

[1]) Porównaj Berger: *Beiträge zur Anatomie des Auges etc. Wiesbaden.* 1887, str. 119.

Okoliczność ta już sama przez się nie licowała z faktami, które biologija w tym względzie zdobyła, Berger też (l. c. str. 69) stanowczo wypowiada, że maczugowate początki naczyń przedziurawiają warstwę części rzęskowej siatkówki i pochodzą stanowczo od naczyń ciała rzęskowego. W obecnym przypadku z obrączki wstępowały do ciała szklanego nietylko naczynia włosowate, lecz nawet dość grube naczynia, które przedziurawiały warstwy jagodówkową i rzęskową siatkówki, w kierunku bądź prostym, bądź ukośnym, bądź też — rzadziej zresztą — znajdowały się w wyrostkach wskutek rozrostu komórek części rzęskowej powstałych; wyrostki owe zwykle nie sięgały daleko wśród istoty ciała szklanego. To samo prawie można powiedzieć o wyrostkach, które od listka jagodówkowego pochodziły; tylko bardzo rzadko rozgałęzienia ich napotykałem nieopodal tylnego bieguna soczewki, wszakże komórki już w obwodowych częściach ciała szklanego traciły swój kształt typowy, stając się płaskiemi, lub wrzecionowatemi, nadto im dalej od obrączki rzęskowej, tem mniej zawierały one barwika. Naczynia krwionośne, jak powiedziałem juz, pochodziły przeważnie od naczyń wyrostków rzęskowych; rozgałęzienia ich tworzyły dwie siecie — zewnętrzną, zawierającą liczne i grube naczynia, bliżej siatkówki położoną i wewnętrzną, prawie obok samej *fossa patellaris* w postaci cienkiej warstwy a utworzoną wyłącznie prawie przez naczynia włosowate. Naczynia sieci zewnętrznej łączyły sie z naczyniami siatkówki wzdłuż całej powierzchni tejże za pomocą włosowatych spoideł, w środku zaś widziałem trzy grube naczynia, które wstępowały do ciała szklanego z samej siatkówki. Części ciała szklanego w sznurku zawarte naczyń wcale nie posiadały. Pierwociny komórkowe pod względem ilości ściśle odpowiadały naczyniom krwionośnym — więc w warstwie wewnętrznej nie były one liczne, w warstwie zewnętrznej o wiele liczniejsze, wreszcie najbardziej liczne w skroniowej połowie oka, zwłaszcza odpowiednio do wyżej opisanego utworu w obrączce rzęskowej. Prócz komórek walcowatych i barwikowych, powstałych wskutek rozrostu w obrębie obrączki, w ciele szklanem znajdowałem wszędzie komórki dwóch tylko kształtów: wrzecionowate i okrągłe, położone w dość znacznej od siebie odległości pośród jednolitej istoty międzykomórkowej. Już uprzednio wspomniałem, że rozrost rzęskowej części siatkówki nic chyba nie miał wspólnego z powstawaniem naczyń krwionośnych. Nie dość na tem, rozrost ten dawał się spostrzegać tylko w częściach blisko rąbka zębatego położonych, na żadnem też cięciu nie zdołałem przekonać się, że komórki te stopniowo przeistaczają się w zwykłe wrzecionowate komórki tkanki łącznej; przeciwnie w częściach wyrostków najdalej w głąb ciała szklanego posuniętych widziałem zwykle komórki li tylko walcowate lub sześcienne. Natomiast w tylnej części obrączki rzęskowej znalazłem bardzo znaczne nacieczenie drobnokomórkowe — komórki te wraz z naczyniami krwionośnemi wstępowały do ciała szklanego, tworząc niekiedy dokoła naczyń bardzo grube pochwy. Otóż łatwo się było przekonać, że od tych miejsc przeważnie komórki jakby wdzierały się do ciała szklanego, tworząc niekiedy w obwodowych częściach jego jakby równolegle z powierzchnią tegoż położone pasemka, które zdają się przemawiać za uwarstwieniem części obwodowych ciała szklanego. Nawet w miejscach, gdzie znaleźliśmy największy rozrost warstwy jagodówkowej i części rzęskowej, pomiędzy powstałemi wskutek rozrostu wyrostkami, najzupełniej są również widoczne, w wielkiej nadto ilości, komórki limfoidowe. Nacieczenie to kieruje się od połowy skroniowej, przeciwnie w nosowej połowie oka komórek napotykamy bardzo mało. Tak więc komórki ciała szklanego pochodziły przeważnie z obrączki rzęskowej. Obok tego wskazać wypada inne jeszcze źródło — wychodźtwo z naczyń w obrębie już samego ciała szklanego. Mianowicie często napotykałem ogromne ilości komórek limfoidowych dokoła pewnych naczyń dość grubych, lecz o bardzo cienkich ścianach — naczynia takie znajdowały się przeważnie w skroniowej połowie, niekiedy nawet w samym środku ciała szklanego.

Nie ulega więc wątpliwości, że w danym przypadku obraz kliniczny glejaka powstał wskutek sprawy zapalnej w błonie naczyniowej. Oderwanie zupełne siatkówki musiało być następstwem marskości ciała szklanego. Sprawa zapalna jakkolwiek zajęła całą tylną część obrączki rzęskowej, jednakże przeważnie występowała w skroniowej połowie oka, ku której też sama siatkówka została jakby przesuniętą. Na szczególną uwagę zasługuje tu umiejscowienie sprawy zapalnej na ściśle ograniczonej przestrzeni. Haab, opisując swe przypadki, oczywiście najzupełniej do niniejszego zbliżone, zwraca uwagę na okoliczność, że sprawa zapalna była jakby umiejscowioną w okolicy rąbka i bezpośrednio przyległej doń części ciała rzęskowego, gdyż w innych częściach błony naczyniowej, mianowicie we właściwem ciele rzęskowem, dokoła przestworu Fontany i w tęczówce zjawiska zapalne występowały w jego przypadkach nader słabo. W naszym przypadku umiejscowienie sprawy było jeszcze widoczniejszem, gdyż prócz tylnej połowy obrączki rzęskowej i to przeważnie nawet tylko w skroniowej połowie oka, w innych częściach błony naczyniowej żadnych zgoła zmian nie znalazłem. Natomiast o przyczynie cierpienia nic zgoła powiedzieć nie możemy.

II. Z zakładu medycyny sądowej w Uniw. Jagiell.

Sposoby wykrycia związków sinu w ciałach temiż zatrutych.

Według wykładu wygłoszonego na VI. Zjeździe lekarzy i przyr.

Skreślił

Dr. Leon Wachholz,

asystent przy tymże zakładzie.

(Dok. Patrz Nr. 43.)

Próby tej, która z licznemi spotkała się zarzutami, Kobert w pracy swej o methemoglobinie sinowodowej słusznie broni, tłomacząc jej zasadę. W skład ciałek krwi czerwonych wchodzi istota białkowa, posiadająca własność pochłaniania tlenu, ztąd to, jeśli się do roztworu krwi dolewa dwutlenku dwuwodu, zostaje tenże jako połączenie nader niestałe rozłożonym na wodę i tlen. Część tlenu zostaje przez tę istotę białkową pochłoniętą, reszta zaś tlenu uwalnia się wśród burzenia. Jeśli dwutlenek dwuwodu wlejemy do roztworu kilkakrotnie przekrystylizowanej hemoglobiny, wówczas tlen z rozkładu dwutlenku powstały nie może być pochłoniętym, bo białka tego w roztworze nie ma, tak więc działa tu tlen na hemoglobinę i zmienia ją początkowo przelotnie w methemoglobinę, następnie w białoszary barwik krwi pochodny, bliżej nieznany.

Związki wszystkie sinu a w pierwszej linii jodek sinu działają mocno trująco na pierwoszcze i istoty białkowate.

Ztąd to sądzi Kobert, że jeśli do krwi dolejemy jakiegokolwiek połączenia sinu, takowe zabija tę istotę białkową, t. j. niszczy jéj własność przyswajania sobie tlenu; następstwem tego jest zachowanie się krwi sinem zatrutéj w obec dwutlenku dwuwodu, równe zachowaniu się rozczynu przekrystalizowanéj hemoglobiny w obec tegoż odczynnika. Próba Schönbeina z dwutlenkiem dwuwodu ma tylko tę niedogodność, iż nie zawsze odczynnik ten można mieć pod ręką, powtóre nie zawsze odczynnik ten jest dobrym, łatwo bowiem rozkładowi ulega.

Ostatnia praca w przedmiocie zatruć związkami sinu, podana przez prof. Koberta, znaczne rzuca światło na zachowanie się krwi, plam pośmiertnych i innych zmian po zatruciach sinem spostrzeganych.

Plamy trupie, powstające z difuzyi rozpuszczonéj hemoglobiny wskutek parowania, rychło swą barwę zmieniają na brązową. Hemoglobina zmienia się tu w methemoglobinę; podobnie dzieje się z hemoglobiną w naczyniach błony śluzowéj żołądka, jeśli odczyn jest kwaśny, w obec resztek pokarmowych. Plamy te przyjmują w zwłokach ludzi otrutych związkami sinu zabarwienie jasnoczerwone. Methemoglobina powstaje z hemoglobiny pod wpływem światła słonecznego dłużéj działającego, również pod wpływem ciepła, powstaje samoistnie w wynaczynieniach krwi w ustroju, wreszcie za działaniem pewnych odczynników, jak chloranu potasowego, nadżelasinku potasu, azotanu srebra, octanu ołowiu, alkaliów i kwasów rozcieńczonych. Co do jéj istoty, to dziś uważa się ją po badaniach Hüfnera i Ottona za równorzędną hemoglobinie co do ilości tlenu w niéj zawartego, a tylko tem różniącą się od hemoglobiny, że tlen w niéj mocniéj jest związanym. Widmo jéj podają różnie: Hoppe-Seyler opisuje trzy smugi w rozcieńczonym rozczynie, dwie między D i E a jednę w czerwonem polu między C i D; Landois widzi cztery smugi; Hammersten widzi dwie smugi wybitne i trzecią stałą przy D., jeśli methemoglobina jest w zasadowym rozczynie. Jednak wszyscy autorowie zgadzają się, że smuga między C a D w pasie czerwonym methemoglobinę cechuje. W krwi trupiéj w miarę zmniejszania się alkalescencyi krwi, wytwarzanie się methb z hb coraz łatwiejszem się staje, ztąd tłumaczyć sobie należy łatwość przemiany hb w methb w naczyniach ścian żołądka przesiąkniętych 0·2% kwasem solnym. Z drugiéj strony zmienia się hb tam w plamach skórnych z łatwością na methb, gdzie skóra pozbawiona jest przyskórka i parowanie jest ułatwione. Jeśli sporządzamy rozczyn 1% krwi z dokładnem oddzieleniem surowicy i dodajemy do rozczynu tego maleńki kryształek nadżelasinku potasu, rozczyn ten zmienia swą barwę natychmiast z czerwonéj na dymnożółtą a w spektroskopie daje widmo meth. Jeśli do rozczynu tego dodajemy jakiegokolwiek związku sinu, czy to sinku potasu, kwasu pruskiego czy przetworów tenże zawierających, barwa żółta zmienia się natychmiast na czerwoną. Rozczyn ten daje obecnie w spektroskopie odmienne widmo, podobne zupełnie do hemoglobiny odtlenionéj, tem jednak różniące się, że przez wstrząsanie z powietrzem lub przeprowadzanie powietrza przez rozczyn ten widmo się nie zmienia na widmo Ohb, jakby to miało miejsce, gdyby to był rozczyn hb odtlenionéj. Na téj to zasadzie uważa Kobert związek ten za odrębny i nadał mu nazwę methemoglobiny sinowodowéj.

Methb. zmienia swą barwę z żółtawéj na czerwoną nietylko pod wpływem związków sinu, lecz ulega téj przemianie barwy także za dolaniem mocno rozcieńczonych alkaliów lub soli ziem alkalicznych. Wtedy powstaje alkaliczna methemoglobina, któréj widmo wedle Landoisa podobnem jest do widma Ohb z tą różnicą, że pierwsza smuga szersza przesuniętą jest ku pasowi czerwonemu. Podczas gdy widmo 1% rozczynu methb. jest wybitne, to 1% rozczyn CNHMethb w flaszeczce przyrządu spektralnego wstawionéj w osi małéj widma żadnego nie daje; w osi zaś dużéj daje widmo hb odtlenionéj; więcéj zgęszczone zaś rozczyny jak 1% CNHMethb daje widmo takie same bez względu, czy rozczyn jest zasadowy, obojętny, czy też słabo kwaśny. Methb z istotami zasadowemi odtleniającemi zmienia swą barwę na czerwoną, a w przyrządzie spektralnym otrzymujemy widmo równorzędne z widmem Ohb. Rozczyn azotanu potasu lub sodu dolany do rozczynu methb zmienia również barwę brązową na czerwoną; jednak widmo tego rozczynu pozostaje takie same jak czystéj methb, tylko smugi są nieco jaśniejsze. Z tego więc wynika, że jakkolwiek methb pod wpływem odczynników barwę swą na czerwoną zmienia, to przecież methb sinowodowa w przyrządzie widmowym z całą dokładnością daje się stwierdzić. Reakcyja ta jest zatem pewną, a czułość jéj jest tak wielką, że 0·000003 g. kwasu pruskiego można nią wykazać. Reakcyja ta daje się wreszcie z łatwością wykonać, bo zawsze można mieć przygotowany rozczyn methb nie ulegający tak prędko rozkładowi, do którego w danym razie dolewa się treści n. p. żołądkowéj; lub porównywając rozczyn zwykłéj methb z rozczynem methb świeżo sporządzonéj ze krwi zmarłego z otrucia związkiem sinu.

O czułości téj reakcyi dowodnie sam się przekonałem, czyniąc próby z meth. z zwykłéj krwi przyrządzoną w sposób poprzednio podany, za dolaniem stałych rozczynów sinku potasu lub wody gorzkich migdałów.

Analogicznie do przypadku podanego przez Koberta, w którym był w stanie za pomocą téj próby wykazać sin we krwi zmarłego z otrucia sinkiem potasu, poddałem téj próbie krew z królika otrutego dawką 0·50 grama i krew z dwóch pozostałych królików. Krew tę dobyłem z prawéj komórki serca zaraz po śmierci. Rozczyn z krwi pierwszego królika zmienił pod wpływem nadżelasinku potasu barwę swą czerwoną na żółtą a nie na jasnoczerwoną, nie zawierał tedy CNHMethb, co też i spektralnie stwierdziłem. Natomiast rozczyn krwi dwóch królików, które po 0·05 grm. sinku *in dosi refracta* padły w czasie mniéj lub więcéj godziny, po dodaniu małego kryształka nadżelasinku barwę jasnoczerwoną uzyskał a spektroskop okazywał smugę hb odtlenionéj i smugę drugą szeroką na prawo od pasa zielonego, zatem widmo CNHMethb.

Że w krwi pierwszego królika, którego sekcyi dokonałem natychmiast, nie byłem w stanie wykazać CNHMethb, należy tłomaczyć sobie raz prędką śmiercią tak, iż sinek nie mógł przejść do krwi w dostatecznéj ilości; powtóre, że jak to Kobert stwierdził, sinek potasu dopiero w zwłokach po pewnym czasie w miejscach, gdzie krew zawiera methb z Hb wytworzoną, z methb się łączy i wykazać się daje. Za życia tylko jodek sinu wywołuje rozpad ciałek czerwonych, czego dowodem za życia pojawiająca się hemoglobinuryja po otruciu tymże i wytworzenie się CNHMethb.

Związki sinowe, dodane do kleiku skrobi jodem fijoletowo zabarwionego, natychmiast go odbarwiają, a działanie to polega również na własnościach odtleniających związ-

ków sinu. Jodoskrobia zmienia się pod wpływem kwasu pruskiego na jodek sinu i kwas jodowodowy, które nie są już w stanie ze skrobią na fijoletową jodoskrobiję się połączyć. Reakcyja ta jest tak czułą, iż według Koberta 0·000008 kwasu pruskiego dosyć wybitnie fijoletowy roczyn kleiku skrobi z jodem odbarwiają. Próby téj możnaby również użyć przy badaniu treści żołądka przy stole sekcyjnym, jednak i inne odczynniki jak siarkan magnowy, glinowy, kwas arsenawy, siarkowodowy, alkalia i t. d. podobnie jak związki sinu się zachowują.

Wobec jednak próby sinomethemoglobinowéj wszystkie inne ostać się zdaniem mojem nie mogą, bo chociaż zamiana barwy z brązowéj na czerwoną w rozczynie methb, połączeniem sinu wywołana, i po innych odczynnikach powstaje, to przecież przyrząd widmowy wszelkiéj niepewności kres stanowczy kładzie.

Wobec tego, że próba Preyera, która dotychczas uchodziła za najlepszą próbę wstępną, a któréj stosowanie już przy stole sekcyjnym w przypadkach domniemanego otrucia związkami sinu prof. Liman zwłaszcza bardzo zalecał, a którą za jego przykładem wszyscy lekarze sądowi stósowali, przez prof. Hoffmanna w najnowszem wydaniu jego dzieła, milcząco wyrugowaną została, próba powyższa prof. Koberta na tem większą załuguje uwagę i takową też lekarzom sądowym zalecić wypada.

III. Z praktyki prywatnej.

Otrucie nasieniem bielunia dziędzierławego (*datura stramonium*).

Podał

Dr. T. Bąkowski w Baranowie.

W r. 1882 w *Deut. med. Wochenschrift* Nr. 15 opisał Baader przypadek przypadkowego otrucia trojga dzieci nasieniem bielunia dz. Poniżéj podaję przyp. równoczesnego ale rozmyślnego otrucia także trzech osób:

Dnia 3 września b. r. około godz. 8 wieczór przywieziono do mnie A, S., lat koło 50 mającą, wieśniaczkę, oraz obie jéj córki, zamężną Agatę łat koło 20 i młodszą Annę lat 12 liczącą, wszystkie z Knapów. A. S. podaje, że w południe u swéj znajoméj zjadły kapustę, że wnet po zjedzeniu dostała wraz z córką zamężną nudności, bólu głowy i zawrotów, które do téj chwili trwają tak, że na nogach ustać nie mogą, że zaś najmłodszéj Annie coś się zrobiło, że „szaleć“ poczęła i trudno ją utrzymać. Przyprowadzona do mnie Anna 12-letnia zrobiła na mnie istotnie wrażenie szalonéj; nie wiedziała gdzie jest, mówiła ciągle od rzeczy, biła na wszystkie strony, rzucała się chcąc uciekać tak, że badanie jéj było bardzo utrudnione. Źrenice *ad maximum* rozszerzone wcale na światło nie oddziaływały, oddech i tętno przyspieszone. Innych zmian w obec tak niespokojnéj choréj trudno było zauważyć. U dwóch starszych kobiet zauważyłem również rozszerzenie źrenic ale mierne i tylko bardzo leniwe oddziaływanie tychże na światło, pewne osłupienie i znaczne osłabienie, tętno i oddech raczéj zwolnione aniżeli przyspieszone. Domyślając się na podstawie tych objawów otrucia nasieniem bielunia dzięddzierławego (daturyną) w pierwszym rzędzie lub ziołami temuż pokrewnemi (jak *atropa belladonna, conium maculatum* lub *veratrinum*), zaleciłem wzbudzenie wymiotów letnią wodą, rozczyn soli Glauberskiéj (*Sal. Glauberi 50·0, Tartari stib. 0·125. aq. dest. 250·0*) co $^{1}/_{2}$ godziny po $1^{1}/_{2}$ łyżki stołowéj, najmłodszéj zaś Annie proszek z morfiną à 0·005, lód na głowę, ewentualnie po jednéj pijawce za uszami, wreszcie czarną kawę.

Więcej chorych nie widziałem. Nazajutrz zgłosił się do mnie żandarm, pokazując mi kolczysty, zielony owoc z nasieniem bielunia dzięd., żądając informacyi co do jadowitości tego owocu, oraz donosząc mi, że znajoma otrutych z tego to owocu nasiona miała wrzucić do kapusty, na którą ich zaprosiła, jak się sama przyznała. Istotnie tedy nastąpiło otrucie nasionami bielunia, a że w pierwszym rzędzie o tem myślałem, na to naprowadziła mnie ta okoliczność, że roślinę tę dosyć często znaleźć można po rowach i śmietniskach. Chorzy zażyli przepisane lekarstwa, a z opowiadania osoby wiarygodnéj ze wszech miar dowiedziałem się, że już nazajutrz t. j. w 24 godzin po otruciu starsze kobiety czuły się zdrowe, zaś najmłodsza Anna popadła w długi głęboki sen, z którego się tylko cokolwiek osłabiona obudziła. Otrucie było zatem lekkie, skoro nie przyszło do objawów porażenia i takie też oświadczenie złożyłem w sądzie co do téj kwestyi.

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Prof. Rosenbach: **O przechowywaniu żywych pasorzytów malaryi.**

Wyniki z badań autora nad pasorzytami malaryi są wprawdzie dość skąpe, podaje on jednak w swéj pracy drogę i metodę badania, a chcąc zachęcić do poszukiwań w tym kierunku, wskazuje, na co szczególnie należałoby zwracać uwagę w tem badaniu. Rosenbach wychodzi z tego zapatrywania, że hodowla pasorzytów malaryi udałaby się tylko wtedy, gdybyśmy znaleźli dla nich najnaturalniejsze warunki wegetacyi. W tym celu posługuje się pijawkami, które obok tego, iż zarówno jak i pasorzyty malaryi żyją w miejscach bagnistych, posiadają tę zaletę, iż utrzymują krew w stanie niezmienionym, płynnym przez całe tygodnie, a nawet miesiące w swym przewodzie pokarmowym. Na podstawie dotychczasowych badań przychodzi do przekonania, że: 1) plazmodyję malaryi można najmniéj przez 48 godzin w przewodzie pokarmowym pijawki przy życiu utrzymać. 2) Chinina nawet w razie, gdy nie jest już w stanie zapobiedz podniesieniu się ciepłoty, wstrzymuje rozwój pasorzytów. Jako wskazówki przy dalszych poszukiwaniach zaleca: badać za pomocą większéj ilości pijawek plasmodyje w okresie ich rozwoju, t. j. w *stadium incubationis*, badać, jak długo się przy życiu utrzymują i czy sama pijawka ulega zakażeniu; daléj czy krew z pijawki jest w stanie zakażać inne zwierzęta, jak n. p. żaby. Wreszcie przypuszcza możność użycia przy pomocy pijawek krwi zdrowego człowieka jako pożywki dla plasmodyjów, a nawet i dla innych mikroorganizmów. (*Berl. klin. Wschrft* 1891, Nr. 34.)

Dr. Jan Opieński.

Farmakologija.

Biernacki: **Strychnina jako środek działający na mózg.**

Autor zbija na podstawie swych licznych doświadczeń ogólnie przyjęte zdanie, jakoby strychnina działała tylko na rdzeń pacierzowy a nie działała na mózg i dochodzi do następujących wniosków: 1) Strychnina działa na mózg. Jeśli bowiem wstrzyknie się strychninę podskórnie albo bezpośrednio na korę mózgową, powstaje często znaczne obniżenie pobudliwości środków psychomotorycznych. 2) Niepewnem jest, czy strychnina wywiera wpływ bezpośredni na istotę szarą mózgu, albowiem zmniejszenie pobudliwości ośrodków psychomotorycznych może także być następstwem podrażnienia rdzenia. 3) Korzystnego wpływu leczniczego strychniny w dypsomanii, padaczce i uporczywéj bezsenności można wytłomaczyć powyższem działaniem tego środka. 4) Byłoby na czasie doświadczać tego leku w przypadkach podrażnienia sfery psychomotorycznéj a szczególnie w manii. (*Gazeta Lek.* 1890, Nr. 19.) *Dr. Süsskind.*

Kress (Norymberga): **Działanie diuretyny.**

Doświadczenia kliniczne nad działaniem moczopędnem diuretiny (lek podany w r. 1890 przez Grama), będącego połączeniem teobrominy z salicylanem sodowym, wykonane

w szpitalu miejskim w Norymberdze, doprowadziły autora do następujących wniosków:

Diuretina jest silnym środkiem moczopędnym, zwiększającym wydzielanie tak płynnych jak i stałych części moczu. Działanie jéj polega na drażnieniu bezpośredniem miąższu nerkowego jednak nieszkodliwem, bo nie wywołuje białkomoczu, ani ilości wydzielającego się białka nie zwiększa. Działanie dodatnie na narząd krążenia wydaje się być wtórorzędnem.

Najlepiéj działa w ostrych i przewlekłych sprawach w nerkach i sercu toczących się, zwłaszcza zaś w ostrych zapaleniach nerek i nie powikłanych wadach serca. Czysto surowicze wysięki, jak n. p. w gruźlicy w okresie obrzęków pod wpływem jéj wcale się nie zmieniają.

Lek ten można podawać bez szkody dla chorego przez czas dłuższy, przyczem działanie jego wcale się nie zmniejsza. (*Münch. med. Wschrft.* 1891, Nr. 38.)

Dr. Wachholz.

Patologija.

S k ó r k o w s k i: **Błonica a róża.**

Że róża wpływa korzystnie na przebieg błonicy, już wielokrotnie twierdzono. — Autor opisuje przypadki następujące:

Podczas epidemii błonicy z przebiegiem złośliwym zapadło w pewnéj rodzinie 4 dzieci na tę chorobę. U dziewczęcia 5 letniego powstała w trzecim dniu błonicy róża na twarzy, która przeszła na głowę pokrytą włosami. W tym samym stopniu, w jakim przybierały objawy róży, ginęły objawy błonicy, a z czworga dzieci, z których dwoje miało lat 6 i 8, tylko to jedno, które równocześnie cierpiało na różę zostało przy życiu. Inny przypadek dotyczył rodziny biednéj, w któréj wszystkie dzieci, a było ich 8, zapadły na błonicę. Dzieci te były w wieku między 4 a 16 lat. Wszystkie padły ofiarą téj strasznéj choroby z wyjątkiem jednego liczącego lat 8, które obok błonicy zapadło na różę. (*Nowiny Lek.* 1890, Nr. 4.) *Dr. Süsskind.*

M i l l e r (Berlin): **Jama ustna jako ognisko chorób zakaźnych.**

Na VII międzynarodowym Zjeździe hygijenistów w Londynie zastanawiał się autor nad grzybkami chorobotwórczemi, które w jamie ustnéj się rozwijają i które ztąd mogą dać powód do ogólnego lub miejscowego zakażenia. Mikroby te wywołują próchnienie zębów, w następstwie ropnie zębodołowe, próchnienie wyrostka zębodołowego a nawet i śmierć. W plwocinach, pochodzących z ust nie pielęgnowanych lub nienależycie czyszczonych, znajdował mikroorganizmy będące przyczyną zapalenia włóknikowego płuc, posocznicy plwocinowéj, wreszcie *micrococcus tetragenus, megacoccus buccalis muciferens* i *bacillus buccalis septicus*. Wstrzykiwania rozcieńczonéj śliny z ust nie czyszczonych należycie do krwi i do jamy brzusznéj myszom, wywoływały zawsze śmierć tychże, w krótkim lub nieco dłuższym czasie po zastrzyknięciu występującą. Ponieważ rozczyn sublimatu $^1/_2$ °/₀₀ w 5 minutach dopiero grzybki te zabija, a i sam do płukanie ust się nie nadaje, przedstawia wodę własnego przepisu, po któréj widział doskonałe wyniki. Przepis jego brzmi: Rp. *Ac. benzoici 3·0, Tinct. Eucalypt. 15·0, Ol. Menth. pip. 0·75, Alcoh. abs. 100·0.* (*W. med. Bl.*, 1891, Nr. 41.)

Dr. Wachholz.

Choroby kobiece.

S é g o n d: **Leczenie ropienia w tkaninach miednicowych za pomocą wyjęcia macicy przez pochwę.**

(Wykład miany na posiedzeniu Tow. chirurgicznego.)

Pierwszy Péan zaleca tę operacyję pod nazwą „*castration uterine*“ zamiast laparatomii w przypadkach ropienia w tkaninach miednicowych lub w trąbkach i jajnikach.

Ségond wykonał od 29 sierpnia 1890 r. do 5 stycznia 1891 r. 23 takich operacyj. Péan na kongresie berlińskim w 1890 r. przedstawił statystykę 60 podobnych przypadków bez żadnego zejścia śmiertelnego, prelegent zaś na 23 swoich przypadków miał 4 zejścia śmiertelne. Jeden u kobiety, u któréj wszelakie manipulacyje z powodu wązkiéj pochwy były utrudnionemi. Po ukończonéj operacyi czuć się miała dobrze, ale zaziębienie (nie opisane dokładniéj) miało wywołać gorączkę i śmierć.

Druga chora, u któréj z powodu trudności zbytnich w wykonaniu, musiano zostawić dno macicy w jamie brzusznéj, umarła z septycznego zapalenia płuc.

Trzecia umarła w 2 dni po operacyi, bez podniesienia się ciepłoty, ale stan jéj jeszcze przed operacyją miał być nader opłakanym.

Czwarta operowana dotknięta gruźlicą macicy, trąbek i jajników, uległa w kilka dni po operacyi w skutek „*peritonitis perforativa*“.

Daléj mówi prelegent o 6 przypadkach wyleczenia t. j. 1) *Pyosalpinx ambilater* z wyjęciem macicy i adnexów. 2) Wyjęcie saméj macicy z powodu napełnienia małéj miednicy ropą (bez oznaczenia dokładniejszego, gdzie i z jakiéj przyczyny), otwarcie zatok i założenie sączków. 3) Wyjęcie macicy i adnexów z powodu znacznego nagromadzenia ropy (ale gdzie niewiadomo). 4) Wyjęcie saméj macicy z powodu *salpingitis dex.* i *peritonitis universalis.* 5) Wyjęcie macicy u choréj, przedtem już na laparatomiję operowanéj, dla wydobycia adnexów, co jednak stanu choréj nie zmieniło. Następowa zaś hysterektomija i otwarcie ropni sprowadziły zupełne wyleczenie. 6) Wyjęcie macicy z włókniakami i wypuszczenie litra ropy z brzucha (ale z jakiéj okolicy nie wiadomo bliżéj).

Jako ogólne wskazanie podaje S. schorzenie obustronne jajników, trąbek i otoczenia takie, dla których dotąd wykonywano laparatomiję.

Operacyja ta co do samego wykonywania nie jest identyczną z hysterektomiją z powodu raka macicy, ale twierdzi S., że w najdrobniejszych szczegółach musi być wykonywaną, tak jak operuje Péan i z pomocą podanych przez niego narzędzi, jak długich i mocnych szczypców Museaux, *pinces hemostatiques* i długich a szerokich ochraniaczy pęcherza i odbytnicy. Ułożenie operowanéj najwygodniejsze, w razie zbytnio pozrastanéj z okolicą i unieruchomionéj macicy, jest na lewym boku. Przytem, na co głównie kładzie nacisk, należy po drobnym kawałeczku podwiązywać i odcinać i ostrożnie dążyć ku górze. Uwolniwszy tak macicę albo się ją wyjmuje z pośród tkaniny ropą nacieklej, albo palcem otwiera się ropnie, lub w razie nagromadzenia ropy w trąbkach i jajnikach, takowe się wyjmuje.

Prelegent zaznacza 4 punkty, mające téj operacyi dać pierwszeństwo przed laparatomiją; to jest: 1) brak blizny brzusznéj; 2) skutek operacyi jest bezpośredni a wyleczenie stanowcze i pewne; 3) w przypadkach bez komplikacyi operacyja jest równie dobrą i zbawienną jak laparatomija; 4) w przypadkach zaś ciężkich, gdzie laparatomija jest niebezpieczną i trudną, ta przez rozcięcie zrostów i obszerny *drainage* lepsze daje wyniki.

Na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego w Paryżu w dniu 4 marca 1891 r. rozpoczęła się dyskusyja nad tym przedmiotem.

B o u i l l y zgadza się na tę metodę względnie na wskazania w przypadkach: 1° zapaleń adneksów sprowadzających powtarzające się zapalenia otrzewnéj, z licznemi zrostami z okolicznemi narządami i niepodobieństwem wybadania ścisłego, oprócz masy zbitéj, niejednostajnéj i ropnych przetok; 2° ropienia wolnego, ostrego lub przewlocznego w jamie otrzewnowéj miednicy małéj. Widzi w tych przypadkach trudność wykonania wyjęcia przez laparatomiję, a znakomity rezultat w hysterektomii przez pochwę. Przypadki te są wyjątkowemi. Bouilly oblicza 3 na 33. Sądzi wbrew zdaniu Ségonda, że laparatomija ma być wykonywaną w znaczniejszéj liczbie przypadków. I tak łatwiéj jest tą drogą wyjąć schorzałą trąbkę lub jajnik lub obadwa razem, łatwiéj nieraz bardzo rozległe i niebezpieczne zrosty usuwać. W przypadkach wielkich ropni, zawierających do 1 litra ropy, otrzymywał lepsze wyniki z laparatomii. Wogóle uważa tę operacyję za mozolną i trudniejszą, za wyjątkową tylko w razach, jeżeli laparatomija jest niewykonalną, a za niepotrzebną, jeżeli ta ostatnia wystarcza.

Richelot nie zgadza się, jakoby w przypadkach omawianych wyniki wyzdrowienia były lepszemi po wyjęciu macicy przez pochwę, a zejścia niepomyślne rzadszemi, a kwestyję blizny w powłokach brzusznych uważa za białą. Wogóle nie odrzuca hysterektomii przez pochwę, ale żąda ścisłych wskazań i w tem zgadza się z poprzednikiem swoim, i dodaje, że uważa usunięcie macicy za wskazane i w przypadkach krwiaka znacznego.

Bazy zwracając uwagę na funkcyje rodne, dwa rodzaje schorzeń uważa za kwalifikujące się do tej operacyi: 1° Ropienia obustronne mniéj lub więcéj postępujące z gwałtownemi i groźnemi przypadami, w przypuszczeniu, że zbyt osłabiona chora nie zniosłaby laparatomii. 2° W zastarzałych już przypadkach schorzeń, połączonych prawdopodobnie z ropieniem, ale po ścisłem i stanowczem rozstrzygnięciu, że funkcyje rodne już bezpowrotnie ustały. Nadto w przypadkach długotrwałych ropień z przetokami uważa operacyję w mowie będącą za dobrą. Za mało jednak jest jeszcze ogłoszonych przypadków, aby wyniki ich z wynikami po laparatomii porównać można, nie sądzi jednak, aby ta ostatnia dała się zastąpić.

(Posiedzenie 11 marca 1891 r.).

Terillon wykonał dotąd 4 razy tę operacyję ze skutkiem nader pomyślnym, w przypadkach znacznego nagromadzenia ropy w tkankach miednicy małéj. Nie wydaje też jeszcze stanowczego sądu, mniema jednak, że w pewnych przypadkach jest racyjonalną i lepszą od innych, a od laparatomii w ropniach wielkich i rakowatych, połączonych lub nie z zatokami, w *haematosalpinx* i *salpingitis atrophicans*.

Pozzi rozróżniając 3 rodzaje *pyosalpinx*, tj. 1) wolne, 2) pozrastane, ale dające się wyłuszczyć, a 3) wyłuszczyć się nie dające, sądzi, że w pierwszych dwóch rodzajach laparatomija bezwarunkowo wyżéj stoi i jest lepszą od omawianéj operacyi, a w 3 kategoryi nie widzi po stronie wyjęcia macicy przez pochwę żadnych korzyści znaczniejszych. Dodaje nadto, że za pomocą téj operacyi usuwa się i inne obrzęki adneksów, jak przez zapalenie lub zwyrodnienie drobnotorbielowe, powiększone jajniki, *haematosalpinx*, powiększone i zgrubiałe trąbki skutkiem zapalenia miąższowego itd., wszystkie zmiany, dające się daleko łatwiéj, lepiéj i szybciéj usunąć przez laparatomię. Za najlepszy zaś sąd uważa statystykę, w któréj Ségond miał 4 przypadki śmierci na 23 operowane (wyjęcie macicy przez pochwę), Bouilly 4 na 33 lapar., a sam Pozzi 3 na 39 lapar.

(Posiedzenie z 18 marca 1891 r.).

Routier nie wykonywał téj operacyi, ale porównywa rezultaty jéj z wynikami 22 laparatomij przez siebie wykonanych w tym samym czasie i temi samemi wskazaniami wywołanych. Zwraca uwagę na trudności w ścisłem rozpoznaniu schorzeń do téj kategoryi należących w miednicy małéj i na łatwo przydarzające się krwotoki następowe po operacyi przez Segonda podanéj. W każdym razie, sądzi, że wyjęcie macicy przez pochwę jest wskazanem w przypadkach, w których laparatomija jest niemożebną, ale jako próbna wykonaną została.

Lucas Championière zwracając uwagę na znaną dzisiaj ogólnie rzecz, że ropienia w trąbkach i jajnikach mogą być i zazwyczaj są otorbionemi i ściśle zlokalizowanemi, a nie przechodzą na tkaniny sąsiednie, uważa metodę Péana i Ségonda zanadto uogólnioną, a przyznaje jéj racyję bytu tylko w przypadkach ropni rozległych, znanych jako *pelvi-metritis* i *pelvi-peritonitis*, a nie są one znowu tak częste. Z wywodów Segonda wynika, jakoby w tych przypadkach laparatomija dawała złe rezultaty, a tak nie jest. I stanowczo oświadcza się za laparatomiją, sądząc, że nie potrzeba innych metod szukać, skoro ta jest najlepszą. Co do wyników w dłuższy czas po operacyi, tego rozsądzać jeszcze nie można, a twierdzi, że bezpośredni skutek po laparatomii jest lepszym, gdyż z pomocą jéj nietylko otwiera się ropnie, ale się je usuwa całkowicie.

Również zwraca uwagę na częste nieraz trudności w dokładnem rozpoznaniu, co znowu przemawia za laparatomiją, bo ta może być próbna i bez ruszania niczego jama brzuszna łatwo zaszytą, tam zaś usuwa się macicę całą, czego czasam można pożałować.

Terrier uważa również za wyjątkowe przypadki takich ropni, w których wskazanąby była ściśle *hysterektomia vaginalis*. Krytykuje operowanie Seg. w ten sposób w przypadkach nieżytowego zapalenia trąbek, lub zwyrodnienia drobnotorbielowego jajników i tyłopochylenia macicy, które Ségond przytoczył. Tak samo zapatruje się na tę operacyję i w cytowanych przez prelegenta przypadkach *pyo-* i *haematosalpinx*, bez nacieków lub ropienia w otoczeniu, uważając w tych razach wyjęcie razem i macicy za niepotrzebne i niestosowne. Wreszcie w przypadkach *pyosalpinx* połączonéj z *pelvi-peritonitis suppurativa* uważa wskazanie do wyjęcia macicy za słuszne, jednak wykazuje trudności i rezultat Segonda, który na 7 operowanych w tych warunkach 3 stracił, a u kilku operacyi nie dokończył. To jednak uważa za rzecz wprawy i doświadczenia. Bezwarunkowo zaś przypuszcza tę operacyję w razach, jeżeli poprzednio usuniętemi już były *adnexa* przez laparatomiję, a ropienie pozostało, lub się na nowo rozpoczęło.

Reynier uważa omawianą operacyję za znakomitą w warunkach przez Boillyego podanych, a sądzi, że Segond w swych wskazaniach idzie za daleko. Reynier na 32 lapar. miał dwa przypadki śmierci, jeden z shocku, drugi z następstw nader ciężkiéj skomplikowanej *pyosalpinx*, na tych zaś 32 przypadków był tylko jeden, który mógłby się był kwalifikować do wyjęcia macicy przez pochwę.

(Posiedzenie z 25 marca 1891).

Reclus podziela zupełnie zapatrywania Segonda. Uważa, że laparatomija powinna ustąpić miejsca operacyi omawianéj, nietylko w przypadkach ostrego obszernego ropienia w miednicy małéj, bo łatwo mogą pozostać reszty ścian i dać powód nowemu ropieniu, ale i w przewlocznych, ze względu na krwotoki i możność nadwerężenia jelit, w razie licznych zrostów. Również nie zgadza się ze zdaniem poprzedników, że w przypadkach *pyosalpinx* ze zrostami lepszą jest laparatomija, bo usunięcie zupełnie schorzałéj części nie daje się łatwo i zawsze wykonać, a grozi niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnéj. W przypadkach *ovaro-salpingitis* o nie wielkich rozmiarach uważa laparatomiję za lepszą, bo nie można z góry dokładnie się przekonać, czy nie dałoby się uratować jakiejś zdrowéj części organu.

Segond dziękuje za dyskusyję a co do zarzutów stara się je usunąć i prosi o cierpliwość co do wyników dalszych, o których jest pewnym, że się okażą pomyślnemi.

Bazy zaleca tę operacyję w przypadkach przetok ropnych, nie dających się innym sposobem usunąć. (*Gazette des Hôpitaux* Nr. 26, 1891). *Dr. Harajewicz.*

Medycyna sądowa.

Ebertz (Weilburg): **Uszkodzenia po rażeniu piorunem.**

W sierpniu r. 1888 uderzył piorun w szopę drewnianą we wsi niedaleko Tybingi położonéj, i zranił 18-stu wieśniaków, którzy do szopy téj przed burzą się schronili byli a dwóch zabił. Z zabitych jedne zwłoki poddano oględzinom i sekcyi, któréj wynik jak zwykle w takich przypadkach był ujemnym. Uderzały tylko objawy następujące: silne stężenie pośmiertne i płynność czarnéj krwi. Płuca okazywały znaczne przekrwienie, toż samo oskrzela, pod opłucną liczne, świeże wynaczynionki. Mózg niedokrewny, zatoki żylne opon mocno krwią ciemną płynną wypełnione.

Obrażenia cielesne przez piorun zdziałane zależą od tego, czy siła elektryczna zamieni się w ostatniéj chwili w siłę mechaniczną czy też w ciepło. W pierwszym razie działa tak wstrząsająco na narząd nerwowy centralny, iż go zupełnie niezdolnym do pracy czyni lub upośledza go tylko chwilowo; w drugim razie wywołuje oparzenia różnego stopnia. Osoby rażone piorunem, które autor spostrzegał, wyjąwszy jednę, nie pamiętały zajścia wcale; zaraz po katastrofie były w stanie śpiączki, poczem nastawało znaczne pobudzenie i znowu śpiączka lub zdrowy sen. Nerw wzro-

kowy był w dwu przypadkach chwilowo zajętym, znieczulenie kończyny chwilowe w jednym przypadku, zaparcie stolca prawie we wszystkich. W jednym przypadku wytworzył się stan gorączkowy, a badanie wykazało rozległy świeży nieżyt oskrzelowy i obrzęk ostry płuca, z powodu którego zastosowano wenesekcyję. Nieżyt ten oskrzelowy wystąpił za zadziałaniem piorunu, który zatem stał się tu bodźcem zapalnotwórczym.

W jednym przypadku, w którym istniała ciąża w 7-ym miesiącu, poronienie nie nastąpiło. We wszystkich prawie przypadkach istniały figury piorunowe na skórze, powstające przez działanie iskry drzewiasto wśród rozładowywania się rozsypującéj. (*Deut. med. Wochenschrift* 1891, Nr. 36).

Dr. Wachholz.

Medycyna wewnętrzna.

Biegański: **W sprawie leczenia zapalenia opłucny przetworami salicylowemi**

Ponieważ zdania co do wartości leczniczéj przetworów salicylowych w zapaleniu opłucny są jeszcze bardzo sprzeczne, przeto autor na podstawie bardzo licznych badań podaje następujące uwagi:

1) W zapaleniu opłucny ropnem środek ten wcale nie działa. 2) Najpewniejsze skutki lecznicze osiągnąć można w świeżych przypadkach zapalenia opłucny. 3) W przypadkach zapalenia opłucny przebiegających z gorączką przetwory te pewniéj działają, aniżeli w przypadkach bezgorączkowych. 4) Przetwory salicylowe działają tylko w przypadku zapalenia opłucny pierwotnego, w przypadkach zapalenia następowego nie działają wcale, chyba, gdy to zapalenie następowe przystępuje jako powikłanie gośćca. 5) Silne poty, darcie i łamanie członków, które w przebiegu zapalenia opłucny czasem występują, stanowią najważniejsze wskazanie do użycia przetworów salicylowych, ponieważ właśnie w takich przypadkach skutek jest bardzo szybkim i bardzo wybitnym. (*Nowiny Lek.* 1890, Nr. 11.). *Dr. Süsskind.*

Choroby weneryczne i skórne.

Lustgarten (Nowy York): **Przyczynek do teoryi pierwotnéj przyczyny śmierci wskutek oparzenia.**

Objawy kliniczne występujące po upływie pewnego czasu od oparzenia, poczynające się od ziewania, odbijania, wymiotów, niepokoju coraz to wzmagającego się, miernego rozszerzenia lub zwężenia źrenic, niemiarowości toru oddechowego, przerywanego od czasu do czasu kurczowo głębokiemi oddechami a kończącego się sennością, bezprzytomnością, zwiotczeniem mięśni, wreszcie śmiercią, przemawiają wielce za tem, iż przyczyną ich jest zatrucie istotą podobną do alkaloidów z działania farmakodynamicznego. Istota ta wywołuje najpierw zadrażnienie narządu nerwowego, a następnie go poraża. Istotą tą zdaje się być zdaniem autora jakiś ptomain, względnie toxalbumin z gnicia tkanki obumarłéj z powodu oparzenia powstały. Objawy te występują najczęściéj tam, gdzie oparzenie wywołało nekrozę tkanki bez zwęglenia jéj, gdzie zatem tkanka ta może stanowić doskonałe podłoże dla rozwoju gnilnych drobnoustrojów po części z otoczenia się dostających, po części w głębi gruczołów skórnych zachowanych przed zabójczem działaniem gorąca. Wyciąg, otrzymany przez autora z tkanki wskutek oparzenia obumarłéj, dawał odczyny toksynom właściwe, nie działał jednak trująco na zwierzęta, zapewne z powodu zbyt małych ilości.

Że objawy powyższe pochodzą od zatrucia jakąś zasadą gnilną, przemawia i ten fakt, iż one dopiero po upływie pewnego czasu występują, mianowicie wtedy, gdy w dostatecznéj ilości zasady te się wytworzą. Autor sądzi, iż ptomainem wywołującym te objawy jest jedna z istot pochodnych choliny, a więc neuryna lub muskaryna. A ponieważ antagonistą muskaryny jest atropina, podawał autor w jednym przypadku, gdzie już objawy te złowrogie, jak ziewanie i wymioty wystąpiły, atropiną przez dwa dni, poczem objawy te ustąpiły i chora została przy życiu utrzymaną. W końcu swego bardzo ścisłego i treściwego wykładu oświadcza się autor za leczeniem oparzeń, cechujących się obumarciem tkanki bez zwęglenia, środkami przeciwgnilnemi i osuszającemi, któreby odbierały wilgotność tkance obumarłéj, tem samem czyniły ją niezdolną do rozwoju mikroorganizmów. — Z środków przeciwgnilnych oświadcza się autor za jodoformem, który według doświadczeń Behringa wstrzymuje powstawanie ptomainu, zwanego kadawerynem. Wreszcie w chwili wystąpienia owych złowrogich objawów zaleca autor oddzielenie tkanki obumarłéj w drodze chirurgicznéj. (*Wiener klin. Wschrft*, 1891, Nr. 29.) *Dr. Wachholz.*

V. Przyczynki do epidemijologii Wschodu.

Podał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Równocześnie czerwonka dziesiątkowała pielgrzymów, którzy zdołali ujść cholerze w Mekce. Przykłady te potwierdzono w El-Thor i na posterunku sanitarnym w Ain-Zadeka pośród pątników powracających do Damaszku. Zdobyliśmy takie przekonanie, że w miejscach, gdzie panuje zimnica, mianowicie powikłana groźnemi objawami, jak np. w okolicach przybrzeżnych Szat-el-Arab lub na wybrzeżu syryjskiem, tam w czasie szerzenia się cholery zimnica znikała zupełnie. A jeżeli i można było zauważyć jéj przypadki, to zawsze bardzo łagodne i z jednorazowym tylko napadem stanowczo ustępującym po zastosowaniu odpowiedniego leku.

Wykazawszy już źródła pochodzenia cholery, sposób i zwykłą drogę jéj przerzutu do posiadłości otomańskich, uwydatnię i to jeszcze, że w czterech jéj epidemijach występujących pod tak różnym stopniem geograficznéj szerokości wyróżniliśmy przypady cholery właściwe jéj postaci indyjskiéj, a w innych znowu punktach objawy łagodniejsze tak zwanéj cholery „*nostras*". Spostrzeżenia przeprowadzone nad samą energiją zarazy, jéj szybkim rozwojem, liczbą przypadków i wreszcie więcéj lub mniéj znaczną śmiertelnością, pozwalają wyrazić zdanie, że i tutaj mieliśmy do czynienia z dwiema odmianami zarazy. Zdanie też przypuszczające jedną jéj tylko postać, temat broniony z takim talentem i wytrwałością przez znakomitych uczonych, pomimo, że na jego poparcie użyto nawet takiego dowodu, jak podobieństwo laseczników Finklera i Priora do żyjątka przecinkowego, odkrytego przez Kocha, nie da się już dziś utrzymać i należy je odnieść do roczników medycyny. Samo bowiem podobieństwo nie jest jeszcze przekonywającym faktem. Tem zaś mniéj, że dzięki pracom bakteryjologicznym mamy już wykazaną różnicę morfo- i bijologiczną dwóch tych żyjątek. Różnicę tę potwierdziły już dawno i badania kliniczne, wykazujące, że dwie te chorobotwórcze jednostki, jakkolwiek podobne, różnią się jednak od siebie, że choć należą do jednego rodzaju, to przecież posiadają zdolność wywoływania odmiennych zmian patologicznych i że wreszcie nieprzeobrażają się jedna w drugą. W istocie też, jeżeli u osobników wycieńczonych, źle odżywionych, doszłych do stopnia fizyjologicznéj ruiny, postać zwana „*nostras*", może wywołać objawy podobne do cholery indyjskiéj i sprowadzić nawet fatalne zejście, to nigdy jednak nie zdołaliśmy zauważyć ani tak gwałtownych napadów, zabijających w ciągu kilku godzin osoby silne i dotąd stosunkowo zdrowe, ani téj zdumiewającéj cyfry śmiertelności, szybkiego i piorunującego prawie rozwoju zarazy, jakie zanotowaliśmy w przebiegu epidemii cholery na tureckim wschodzie, każdym razem, gdy niepodobna było wątpić, że zarazę przeniesiono z Indyj.

Jeżeli z pola teoryi przeniesiemy się teraz do legowisk nieszczęśliwych ofiar naszych epidemij, to spotkamy tu obraz patologiczny, również ujęty w bardzo cechujące ramy. Temi ostatniemi zaś są to sposoby przebiegu samych napadów cholery. Od postaci klinicznych wyróżniają się one stanowczo. I w jakiejkolwiek miejscowości się je obserwuje, w téj czy innéj porze roku, zawsze i wszędzie cechowały się niezwykle szybkim przebiegiem. Nigdzie siła ich nie rozwijała się stopniowo; prawie zupełnie nie poprzedzała ich biegunka; nie

rozpoczynały się one od objawów właściwych tak zwanéj cholerynie, aby następnie i po upływie pewnego okresu czasu przejść w postać asfiktyczną. Przeciwnie napady cechowały się gwałtownością, chorzy padali jakby rażeni piorunem. Niekiedy tylko napad rozpoczynał się od wielkiéj utraty części płynnych, oddalając się od typu klasycznego, w którym przyjęto za pewnik, że wymioty występują dość późno i zawsze po biegunce. W naszych epidemijach wymioty i biegunka, bardzo obfite i burzliwe, występowały zwykle jednocześnie. Bóle żołądka i brzucha towarzyszyły im stale. Szereg ten powiększały jeszcze bóle w okolicy serca; bolesne kurcze w kończynach górnych i dolnych, upadek sił i sinica, objawy występujące szybko i przebiegające również gwałtownie. To też te tak obfite straty płynów ustrojowych sprowadzały prędko takie objawy jak zgęszczenie krwi, powstrzymanie jéj odnowienia, z nieuniknionem porażeniem serca.

W małéj tylko liczbie przypadków można było zauważyć, że napad rozpoczynał się od nie zbyt obfitych wymiotów i biegunki, nie przedstawiających nic groźnego, a pomimo to zakończonych niepomyślnie. Obok tych objawów można było za pomocą wypuku wyśledzić naciek i nagromadzenie się płynów w jelitach wtedy nieco rozszerzonych (cholera sucha Pacciniego). Takie to przypadki były najgroźniejszemi. W obec takiego szeregu objawów zradza się pytanie: dlaczego w pewnych ciężkich przypadkach sprawa choleryczna przedstawia znaczną utratę płynów ustrojowych i zgęszczenie krwi, podczas gdy w innych razach widzimy tylko wybitny obraz zakażenia? Opierając się na doświadczeniach Cantaniego i Finklera, możemy przypuścić, że w tych razach odgrywają tu rolę dwa pierwiastki chorobowe sobie nieprzyjazne, tj. wykłuwanie się niezmiernéj liczby bakteryj, wytwarzane przez nie „toksyny“ itp., czego pierwszem następstwem bywa biegunka, a z drugiéj strony odporność ustrojowa na przyswojenie się pierwiastka chorobotwórczego. Jeżeli więc inwazyja zarazka jest bardzo silna i gdy tylko sprzyjają mu pewne okoliczności, wtedy i całe położenie wypadnie na niekorzyść zajętego ustroju. Prócz powyższych przyczyn zacytuję jeszcze i zdanie profesora Virchowa, utrzymujące, że mocznica jako następstwo miąższowego zapalenia nerek, obok nieżytu pęcherza, są zwykłemi objawami cholery azyjatyckiéj i że one także w przebiegu zakażenia odgrywają bardzo czynną rolę. Być może, że gdy z czasem i przy wschodnich posterunkach sanitarnych będziemy posiadali możność przeprowadzenia badań anatomo patologicznych, wtedy i potwierdzenie zdania uczonego badacza stanie się i dla nas dostępniejszem. Wtedy także uda się sprawdzić zmiany, jakie zachodzą we krwi i moczu cholerycznych, zadanie dotąd jeszcze nie wystudyjowane. Na teraz więc dodam tylko, że ta odporność ustrojowa na podrażnienie wywołane przez wykłuwające się bakteryje pod względem jakości wydzielin jest nieporównanie większą u mieszkańców Wschodu, aniżeli u europejczyków. Być może, że jest to następstwem rodzaju ich pożywienia, zawierającego więcéj skrobi i bardziéj roślinnego. Ztąd też zwykłe środki stosowane w celu powiększenia ruchu robaczkowego jelit i zwiększenia ich wydzieliny, a zatem leki drażniące i czyszczące, na Wschodzie należałoby podawać w dawkach podwójnie większych, aniżeli to ma miejsce w Europie.

Gdy więc ludność tureckiego wschodu tak już często jest dziesiątkowaną przez plagę indyjską, gdy postrach przed nią, a i znaczna liczba fatalnie kończących się przypadków głęboko zarysowały się w pamięci każdego, rzecz prosta, że i kwestyja, czy pierwszy napad cholery zabezpiecza i czyni ustrój niepodatnym na ponowne jéj przyswojenie się, każdym razem stawała na porządku dziennym, będąc polem domysłów, przypuszczeń, a często i fachowych rozpraw. Według możności postaram się na to odpowiedzieć. Wiadomo z doświadczeń, że zakażenie choleryczne u osobników mało do niego usposobionych ogranicza się do wywołania lekkiéj biegunki, zawierającéj jednak właściwe bakteryje i jako takiéj, mogącéj stać się wstępem do zakażenia groźniejszego, lecz tylko u osób usposobionych. Gdyby tedy pierwszy napad cholery znosił skłonność do powtórnego jéj ulegnięcia, to osoby wyleczone z lekkiéj cholerycznéj biegunki powinnyby pozostać zabezpieczonemi od ponownego napadu cholery, a to przynajmniéj na czas trwania tejże saméj epidemii. Fakta wszakże przekonywają, że rzecz ta ma się zupełnie inaczéj. Często bowiem wstępne te niejako biegunki, powtarzają się u tegoż samego osobnika w przerwach zupełnie nie regularnych, a niekiedy nawet sprowadzają śmierć, pomimo, że typowy napad choleryczny do pewnego stopnia zdawał się być zamaskowanym. Ten to pewnik powinien nieco ochłodzić gorliwość tych, co usiłowali zabezpieczyć od cholery ustrój człowieka drogą wstrzykiwań, wprowadzając doń pewne kultury, z płynów pochodzących od cholerycznych.

Przejdźmy teraz do rozpatrzenia kwestyi ochronnego działania przeciwko dostawaniu i rozwlekaniu się cholery, do usiłowań nad jéj umiejscowieniem, a przynajmniéj możebnem powstrzymaniem szerzenia się jéj na dalsze przestrzenie. W Turcyi spełnienie tego ważnego zadania powierzono najwyższéj radzie zdrowia w stolicy i urzędom sanitarnym na prowincyi, wzmacnianym pośrednictwem władz i siłą zbrojną, lecz na nieszczęście tylko w razie, gdy zaraza zbliżyła się do naszych podwoi i niebezpieczeństwo stało się widomem dla każdego.

Odkrycie Kocha udowodniło, że przyczyną wywołującą sprawę choleryczną są bakteryje przecinkowe, najpierwszem więc usiłowaniem byłoby przeszkodzenie ich przedostaniu się. Nie posiadając jednak żadnego środka do powstrzymania samych bakteryj, powstrzymuje się podróżnych ludzi i rzeczy, z któremi zarodek się przenosi. W tym celu ustalamy łańcuchy straży sanitarnych a podróżnych podajemy obserwacyi w posterunkach kwarantanowych. Jakkolwiek podług bardzo poważnych zapatrywań lekarzy angielskich zarazek choleryczny dostaje się drogą prądów powietrznych, lub też oparłszy się wyschnięciu, przechodzi w stan trwały tak zwanych *„restings spores“*, to raz jeszcze powtórzę, że do naszego ustroju zdrowotnego, teoryi téj nie można zastosować. Do nas bowiem cholera dostaje się nie tyle drogą prądów powietrznych, ile za pośrednictwem podróżnych i ich rzeczy. Ztąd więc łańcuchy sanitarne i wszystkie środki ochronne, objęte nazwą kwarantanowych, mają racyję bytu we wschodnich warunkach zdrowotnych. Widzieliśmy wprawdzie zarazę wykłuwającą się na miejscu w pewnych oznaczonych okolicach, ale tylko w takich, gdzie cholera grasowała już poprzednio i gdzie ponowny jéj wybuch prawdopodobnie zawdzięczał swe powstanie przetrwaniu zarazka w swéj złagodzonéj tylko sile i powrotowi jego do nowego działania pod wpływem warunków klimatycznych czysto miejscowych.

Zachodzi jednak pytanie, czy przybyłego do posterunku sanitarnego podróżnego, jako pochodzącego z miejsc zakażonych, należy poddawać kwarantannie? Bezwątpienia, że tak, jeżeli tylko uda go się ująć przedtem, nim zdoła zetknąć się z osobami pochodzącemi z miejscowości jeszcze nie zakażonych. Lecz gdy to zetknięcie się miało już miejsce, to do czego może posłużyć sekwestracyja osoby, któréj choroba już mogła znaleść sposobność przerzucenia się na innych mieszkańców. Niemniéj jednak i pomimo, że ten przybyły nie jest jeszcze chorym, zawsze pozostaje wskazanem i praktycznem oddzielić go, zwrócić nań całą uwagę, jako pochodzącego z miejsc zakażonych, z obawy, ażeby po niejakim czasie i on nie uległ chorobie i nie stał się zarzewiem ku dalszemu jéj rozwleczeniu się.

Dla przeszkodzenia zarazie zakorzeniania się w pewnéj miejscowości i choćby nawet pierwiastek chorobotwórczy już się tam dostał, staramy się skierowywać nasze środki ochronne przeciwko przyczynom wywołującym i pośredniczącym. Znamy je dziś dość dokładnie, dzięki poszukiwaniom mikrobijologicznym. Staramy się więc o polepszenie warunków hygijenicznych, o dobrą wodę do picia; czuwamy (o ile to na Wschodzie można przeprowadzić) nad jakością produktów żywności i t. d. Lecz pomimo wytrwałych usiłowań zadanie to zwykło dawać najniewdzięczniejsze rezultaty. Wprowadzając w czyn przepisy dążące do powstrzymania postępu cholery, gdy takowa już wybuchła w pewnéj miejscowości, spotykamy się tu znowu z inną ważną kwestyją, mianowicie

zapoznania się z przyczynami, jakie sprowadzają znikanie cholery po niejakim czasie? Zadanie to jest wielkiéj doniosłości dla wschodnich stosunków epidemicznych. Sięga bowiem do zamiaru odkrycia pewnych tajemnic natury, których ujęcie, ocenienie i umiejętniejsze od dotychczasowego zwalczanie może i pozwoli kiedy przyspieszyć koniec każdéj epidemii. (C. d. n.).

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 października. Zwracamy uwagę na ogłoszony konkurs na posadę III asystenta przy klinice chirurgicznéj. Dzięki usilnym staraniom prof. Rydygiera zezwoliło Ministerstwo wyjątkowo na utworzenie téj posady, która wprawdzie jest bezpłatną, jednak prof. Rydygier, jak się dowiadujemy, zamierza ją dostatecznie wyposażyć, jeżeli się znajdzie kandydat, któryby warunkom odpowiadał, t. j. któryby poprzednio był pracował w anatomii patologicznéj i był dobrze obeznany z badaniem histologiczno-patologicznem. Posada III asystenta jest bowiem w tym celu ustanowiona, żeby przy klinice był asystent, któryby się zajmował badaniem anatomo-patologicznem, ewentualnie i bakteryjologicznem rozmaitych spraw chorobowych, jakie właśnie chorzy do kliniki przyjęci przedstawiają, oraz ażeby tenże asystent był profesorowi specyjalnie pomocnym w badaniach naukowych. Asystentów takich ma każda klinika we Francyi *(chef du laboratoire)*, a w Niemczech są tak zw. *„wissenschaftliche Assistenten“*. Kiedy nasza klinika doczekała się porządnie urządzonéj pracowni, to przecież znajdzie się dość młodych lekarzy, którzyby chcieli i umieli pracować w tym kierunku i zająć ogłoszoną posadę. Zresztą dowiadujemy się, że prof. Browicz gotów jest każdego czasu przyjąć młodych lekarzy jako wolontaryjuszów w swoim zakładzie, gdzieby mogli uzupełnić swoje wiadomości anatomo-patologiczne i nabyć tyle potrzebnéj każdemu lekarzowi biegłości w badaniu.

* Dr. Ferdynand Obtułowicz, od lat wielu nasz współpracownik, dotychczas lekarz powiatowy w Buczaczu, przeniesiony został jako lekarz powiatowy do Lwowa. Obejmie on nową swą posadę z d. 1 grudnia r. b. i mieszkać będzie przy ulicy Wałowéj, 7.

* W tygodniu 41-tym (od 11 do 17 października) było w Krakowie małżeństw 11, urodzin 60, skonów 73; z tych z zapalenia płuc 14, z nieżytu żołądka i jelit 9, z dławca i błonicy oraz z gruźlicy po 8, z odry 3, z duru brzusznego 2.

* **Wiedeń**. Na posiedzeniu odbytem dnia 20 października Izba poselska Rady Państwa we Wiedniu przyjęła w drugiem i trzeciem czytaniu wniosek o utworzenie Izb lekarskich. Sprawa ta tak ważna dla stanu lekarskiego nareszcie załatwioną została zgodnie z życzeniem większości lekarzy, powiadamy: załatwioną, bo nie ulega żadnéj wątpliwości, że zgodzi się na nią i Izba wyższa i że ustawa uzyska sankcyję najwyższą, gdy reprezentanci rządowi za przyjęciem jéj przemawiali w Izbie. Liczba i siedziba Izb lekarskich oznaczoną zostanie przez Rząd w drodze rozporządzenia. Każda Izba składać się będzie z 9 członków, wybrać się mających przez lekarzy pewnego okręgu kartkami, które wyborcy opatrzą podpisami swemi i prześlą Władzy politycznéj. Wybór ważny jest na 3 lata, a bez ważnych powodów niewolno wyboru nie przyjąć. Ważnym takim powodem jest ukończony rok 60-ty życia. Izba wybiera z pośród siebie prezesa i jego zastępcę, oraz 3—7 członków przełożeństwa, którego rzeczą jest utrzymywać ewidencyję lekarzy praktykujących, kierować obradami, czuwać nad czynnościami do Izby należącemi i załatwiać takowe; jest zarazem radą honorową we wszystkich osobistych sprzeczkach, oraz skargach wytoczonych przeciw lekarzom do Izby należącym.

Wdowa po prof. Bambergerze w testamencie swoim przeznaczyła sumę 10.000 złr. dla kolegijum doktorów medycyny na stypendyja dla biednych a zdolnych uczniów medycyny we Wiedniu bez różnicy narodowości i wyznania. Zmarły zaś niedawno radzca dworu prof. Wedl cały swój majątek, 100,000 złr. wynoszący, przekazał Akademii Umiejętności we Wiedniu.

* Wniosek względem utworzenia Izb lekarskich w Przedlitawii przez Izbę poselską przyjęty został bez zmian.

* **Berlin**. Prof. Helmholtz przy sposobności ukończenia 70-go roku życia mianowany został rzeczywistym tajnym radzcą z tytułem ekscelencyi, o którem to odznaczeniu Cesarz własnoręcznym listem doniósł sławnemu fizykowi.

* **Warszawa**. Redaktorem „Pamiętnika Tow. lek. warsz.“ na nadchodzące trzechlecie wybrany został Dr. Maryjan Jakowski.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska**. D. 19 bm. nowo mianowany profesor chirurgii w Uniw. czeskim Dr. Karol Maydl miał wykład wstępny. Uniwersytetowi czeskiemu powinszować należy nabytku jednego z najcelniejszych młodszych chirurgów, a ucznia prof. Alberta we Wiedniu.

* **Nekrologija**. W Grazu umarł po dłuższéj chorobie Dr. Adolf Schauenstein, profesor medycyny sądowéj tamże i b. rektor Uniwersytetu. Urodzony w Wiedniu dnia 4 grudnia 1827 uzyskał tamże w r. 1851 dyplom doktora. Późniéj był przez jakiś czas asystentem Rokitańskiego i chemikiem sądowym we Wiedniu, w r. 1863 mianowany został prof. zwyczajnym medycyny sądowéj w Grazu. Oprócz kilku prac mniejszych napisał podręczniki medycyny sądowéj i policyi lekarskiéj, oraz kilka rozdziałów w dziele zbiorowem Maschki. — Dnia 23 bm. umarł we Wiedniu nadzw. prof. fizyjologii Dr. Ernest Fleischl-Marxow w 46 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lek.* Nr. 10: Pruszyńskiego: O zatruciach ustroju przez zasady organiczne zwierzęce; Hewelke'go: O kwestyi powikłań płucnych w malaryi. — W *Gazecie Lek.* Nr. 43: Wspomnienie pośmiertne Dra A. Baranieckiego; Gajkiewicza: O akromegalii; Barącza: Uciskadło kiszkowe Oderfelda a uciskadło Makinsa; Macfadyena, prof. Nenckiego i Siberowa: Badania nad zjawiskami chemicznemi w kiszkach cienkich u człowieka (dok.). —

Szanownym naszym współpracownikom przypominamy, że odbitek osobnych z prac umieszczonych w „Przeglądzie Lekarskim“ dostarczamy tylko tym szanownym Kolegom, którzy przesyłając rękopism, na tymże wyrażają życzenie swoje otrzymania odbitek i ich liczbę. Zgłaszaniom się późniejszym zadość czynić nie możemy, ponieważ wypadałoby w takim razie artykuł złożyć na nowo, co bez wielkiego kosztu obejść się nie może. Oświadczenie to podajemy nie po raz pierwszy i dlatego sądzimy, że szan. współpracownicy powinni nas mieć za wytłumaczonych, że nie odpisujemy i nie tłumaczymy się z niedostarczenia odbitek, jeżeli żądanie nie było wyrażonem na rękopiśmie, lecz objawionem dopiero po ukazaniu się odnośnego artykułu w „Przeglądzie Lek.“.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 4 listopada b. r. o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Colleg. physic*). — Porządek dzienny: 1) kol. prof. Rydygier: Demonstracyja chorych, 2) kol. Momidłowski wykład p. t. „Z dziedziny hysteryi“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**



Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.